

Le défi de l'équité en santé en Afrique



Une infirmière tient une petite fille qui est venue avec sa mère à une clinique de dépistage du SIDA. (CRDI : G. Toomey)

2004-04-07

par Maureen Johnson

Qu'entend-on par équité en santé et par soins de santé ? L'égalité ? Une norme minimale de services ? Un système d'admissibilité ou de prestations ?

Partout dans le monde, les professionnels de la santé tentent depuis un bon moment déjà d'en arriver à une définition précise. La D^{re} Rene Loewenson, épidémiologiste du Zimbabwe, a récemment présenté au Canada le point de vue de l'Afrique australe à ce sujet : on entend par équité en santé les mesures visant à redresser les différences inutiles, injustes et évitables en matière d'état de santé. Cela suppose également une bonne compréhension de la situation et les moyens d'influer non seulement sur la répartition sociale des ressources en santé, mais aussi sur les relations de pouvoir qui entrent en jeu.

Directrice du [Training and Research Support Centre](#) (TARSC — Centre de formation et d'aide à la recherche) au Zimbabwe, Rene Loewenson est en outre membre fondatrice et coordonnatrice du [Réseau régional pour l'équité en santé en Afrique australe \(EQUINET\)](#). Lancé en 1997, ce réseau d'institutions jouit de l'appui du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada et de diverses autres organisations. [Voir encadré relié : [Un réseau d'équité en plein essor](#)]

La définition de l'équité

EQUINET a passé « pas mal de temps », en 1998, à tenter de définir en quoi consiste l'équité en santé, affirme la D^{re} Loewenson. La définition qui a fait consensus est celle qui oriente ses travaux depuis lors. « Ce qui ressort à première vue de cette définition c'est que l'équité est une notion qui est définie par la société et qui implique des valeurs sociales », déclare-t-elle. « Si on considère

qu'il est injuste qu'il y ait des différences dans la mortalité entre les populations rurales et les populations urbaines, il y a iniquité. Si on considère qu'il est injuste que les femmes et les hommes n'aient pas le même accès aux services de santé, là aussi il y a iniquité. »

Outre une nouvelle répartition des ressources en santé, l'équité suppose une nouvelle répartition des ressources sociétales — c'est-à-dire des ressources sociales et économiques — à ceux qui en ont le plus besoin. Cela veut dire aussi une répartition plus équitable du pouvoir politique, ajoute-t-elle. « Nous estimons que de donner aux gens le pouvoir d'affecter les ressources à leurs besoins en matière de santé fait partie intégrante du principe d'équité et que la répartition inéquitable du pouvoir et de la participation aux prises de décisions peut être aussi importante que la répartition inéquitable des travailleurs de la santé ou des médicaments, ainsi de suite [...] C'est pourquoi nous nous penchons sur cette question également. Pour nous, tous ces aspects font partie de tout projet qui vise à assurer l'équité. »

Une idée qui gagne du terrain

Les bureaux d'EQUINET sont situés dans la [Communauté de développement de l'Afrique australe \(CDAA\)](#), mais certaines activités du réseau pourraient être pertinentes ailleurs. Récemment, EQUINET a tenu des réunions avec des parlementaires de l'Afrique orientale et ses travaux relatifs au personnel sanitaire lui ont permis d'établir des relations étroites avec des organismes canadiens et du Royaume-Uni. Comme la D^{re} Loewenson le fait remarquer : « Nous sommes convaincus que, pour faire progresser le dossier de l'équité en santé, il faut plus qu'une approche nationale unique : il faut obtenir l'engagement des régions au sein de la communauté internationale. »

C'est tragique, renchérit-elle, mais depuis la constitution de réseaux comme EQUINET au début des années 1990, l'équité en matière de santé n'a pas fait grand progrès. À vrai dire, « à bien des égards, les processus sous-jacents nous ont plutôt poussés dans la direction contraire ».

La majorité des pays de cette région ont dû lutter pour leur libération au cours des 40 dernières années, explique-t-elle, et des années 1960 aux années 1980, l'Afrique australe a pris les devants, par rapport au reste du monde, pour bien des améliorations sociales : l'espérance de vie, l'alimentation, l'accès à l'eau potable et aux systèmes sanitaires, l'alphabétisation des adultes et la scolarisation primaire ainsi que la diminution des taux de mortalité. D'importantes mesures prioritaires en matière de développement ont été mises en œuvre dans cette région et plusieurs gouvernements ont adopté des objectifs sociopolitiques qu'ils considéraient comme étant fondamentaux.

L'édification des pays au sortir du régime colonial a forcément reposé sur l'« inclusion » et la réduction des différences sociales, en particulier dans le domaine de la santé, mais dans d'autres secteurs aussi, poursuit la D^{re} Loewenson. Cependant, en 2002, l'Afrique australe enregistrait le taux de prévalence du VIH le plus élevé de la planète, la charge de morbidité imputable au VIH la plus lourde et devait faire face à la résurgence de la tuberculose. Au cours des quelques dernières années, une grave famine est venue exacerber les problèmes chroniques d'approvisionnement alimentaire et de sécurité. Dans de nombreux pays, la qualité et l'envergure des services de santé essentiels ont diminué tout comme l'espérance de vie.

Il ne fait aucun doute que la pandémie de sida a, plus que tout autre facteur, contribué à l'inégalité et au recul global, soutient-elle. « Le VIH accroît la demande de services et de soins de santé et intensifie le stress dans les ménages [...] entraînant ainsi la réduction de la cohésion sociale et la polarisation de l'accès. »

La pauvreté : un facteur déterminant

Ce sont les ménages, et surtout les plus pauvres d'entre eux, qui en subissent les conséquences car les services qui leur sont offerts ont considérablement diminué, fait-elle valoir.

Le revenu varie énormément d'un secteur à l'autre dans cette région. Dans de nombreux pays, la pauvreté accable les femmes beaucoup plus que les hommes. Et, déplore la D^{re} Loewenson, parce que, de plus en plus, la strate supérieure de la population dite « non pauvre » disparaît de la base statistique — même si ces gens vivent dans la région, les sociétés et les richesses sont de plus en plus « mondialisées » —, les statistiques mesurent, dans l'ensemble, une population beaucoup plus pauvre.

En règle générale, les ménages pauvres jouissent de protections d'assurance moindres, affirme-t-elle, et ils ont moins accès aux caisses communes. Au cours de la dernière décennie, le mode de paiement des services de santé s'est modifié. Les plus démunis n'ayant ni radio, ni télévision, ce sont les réseaux qui leur fournissent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de leurs dépenses en santé. Aussi sont-ils grandement touchés par les réductions des services publics financés par les contribuables. Les soins de santé primaires et les services de district ont amélioré la santé publique en Afrique australe, mais la qualité et, parfois la quantité, des services laisse encore à désirer. La recherche révèle, par exemple, que dans certains pays de la CDAA, moins de 40 % des naissances se font en présence d'une sage-femme ou d'un accoucheur.

Les budgets gouvernementaux ont diminué en raison du paiement de la dette extérieure, de la réduction des échanges commerciaux et de la sécurité d'emploi, et de la baisse des revenus, fait remarquer la D^{re} Loewenson. Les compressions budgétaires accroissent la dépendance du secteur de la santé à l'égard des ressources extérieures au moment même où l'apport d'aide publique au développement diminue. Le fossé qui sépare le secteur public du secteur privé est aussi source d'inégalité, la prestation des services publics étant déficiente tandis que, dans le secteur privé, le surtraitement est monnaie courante. « Dans les sections les plus riches du secteur privé », poursuit-elle, « les examens médicaux et les traitements sont semblables à ceux des pays industrialisés, alors qu'ailleurs dans le même pays, les gens ne peuvent même pas recevoir de vaccins. »

De plus, lorsque les ressources publiques se font rares, ce sont les districts les plus riches qui en attirent et en obtiennent le plus. C'est le cas en Afrique du Sud où l'on affecte aux districts les plus fortunés quatre fois plus de ressources qu'aux districts pauvres. Toutefois, la différence la plus prononcée reste l'écart entre le Nord et le Sud. Les décaissements nets imputables aux déséquilibres commerciaux, à la dette et à la diminution des investissements, sans compter la baisse des revenus en Afrique australe, ont creusé encore davantage le fossé entre le Nord et le Sud au chapitre des ressources. Cette inégalité a entraîné de nouvelles contraintes.

Un convoyeur mondial

Parmi ces contraintes, il faut souligner ce que la D^{re} Loewenson appelle le « convoyeur mondial du personnel sanitaire ». Les travailleurs passent des secteurs publics les plus pauvres, comme les zones rurales, aux secteurs publics et privés urbains, et des pays les plus pauvres de la région aux pays riches : de l'Afrique au Canada, au Royaume-Uni et à l'Australie. « La recherche que nous avons faite sur le personnel sanitaire montre que notre région enregistre à ce chapitre une perte absolument phénoménale », indique-t-elle. Ainsi, des 1 200 médecins formés au Zimbabwe dans les années 1990, il n'en reste que 360.

En raison du déséquilibre des ressources, les nouvelles technologies, l'information et les traitements comme les médicaments antirétroviraux contre le VIH/sida ne se rendent pas jusqu'aux

collectivités rurales. On estime qu'en Afrique du Sud environ 500 000 personnes auraient besoin d'antirétroviraux; au Malawi, 300 000; au Zimbabwe, environ 400 000. Pourtant, moins de 20 000 personnes y ont effectivement accès. « La technologie existe », explique l'épidémiologiste, « mais elle ne se rend pas chez ceux qui en ont besoin ».

Les échanges commerciaux, les investissements et les opérations de financement ont également pour effet d'amoindrir la capacité d'affecter les ressources sociétales à la santé. « Les professionnels de la santé doivent désormais connaître à fond les accords commerciaux », de dire la D^{re} Loewenson. « Dans les années 1980, nous sommes tous devenus économistes parce qu'il fallait faire affaire avec la Banque mondiale. Aujourd'hui, nous devenons des spécialistes du commerce et du droit parce que nous devons traiter avec l'Organisation mondiale du commerce. »

La D^{re} Loewenson fait état de diverses questions relatives au commerce mondial — comme les accords internationaux qui limitent la capacité des gouvernements de favoriser et de protéger la santé publique — qui empêchent de faire « ce que nous savons qui fonctionne. Non seulement nos États ont-ils été affaiblis, mais il nous faut désormais composer avec des accords commerciaux qui disent : “ quelle que soit la capacité qu'il vous reste, vous ne pouvez pas vous en servir, parce que c'est nous qui, par le truchement du système commercial, vous dirons quoi faire ”. »

Elle dresse la liste des dangers que présentent les systèmes commerciaux pour les principes fondamentaux de l'équité : les tarifs et les politiques qui nuisent à la souveraineté alimentaire et à l'accès aux marchés; les systèmes de brevet qui limitent l'accès aux médicaments; l'appropriation internationale de la biodiversité et des systèmes de connaissances autochtones; et les engagements qui sapent le pouvoir des instances gouvernementales de réglementer et d'interfinancer des services comme l'approvisionnement en eau et la santé.

Intervention dans la sphère politique

EQUINET tente d'intervenir dans la sphère politique en général, mais aussi là où il est possible d'influer sur l'élaboration des politiques. Cela veut dire non seulement aider les collectivités à participer plus efficacement aux systèmes de santé et à y exercer leur influence, mais encore soutenir les mesures prises par les gouvernements pour honorer, dans leurs systèmes d'allocation des ressources et de composition de la main-d'œuvre sanitaire, les engagements qu'ils ont pris à l'égard de l'équité. En outre, le réseau met en contact des intervenants du secteur de la santé et d'autres domaines afin de veiller à ce que les accords commerciaux servent réellement l'intérêt public en matière de santé. Il a également commencé à constituer des réseaux régionaux en vue de partager les données probantes, l'information, les capacités et les ressources institutionnelles.

Qui plus est, le réseau appuie un cadre d'étude régional des questions de santé en Afrique australe qui portera notamment sur l'élaboration de systèmes de brevet régionaux et l'achat en grande quantité de médicaments essentiels. Il vise aussi à parfaire les techniques de négociation de sorte que les membres de ces réseaux puissent « s'entêter » et refuser de concourir à des engagements commerciaux qui compromettront la santé publique.

Pour mener à bien le volet information de son mandat, EQUINET publie régulièrement un [bulletin](#), tient des points de presse et a créé un site Web qui comprendra bientôt une base de données sur les documents relatifs à l'équité dans la région, conclut la D^{re} Loewenson.

Maureen Johnson est rédactrice-révisure à Ottawa.

Renseignements

D^{re} Rene Loewenson, Training and Research Support Centre (TARSC), 47 Van Praagh Avenue, Milton Park, Harare, Zimbabwe; tél. : (263-4) 705-108; téléc. : (263-4) 737-220; courriel : admin@tarsc.org ou admin@equinetafrica.org

D^{re} Christina Zarowsky, chef d'équipe, Initiative de programme Gouvernance, équité et santé (GES), CRDI, BP 8500, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3H9; tél. : (613) 236-6163; courriel : czarowsky@idrc.ca

Encadré

Un réseau d'équité en plein essor

Influer sur les politiques nationales et régionales des 14 États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDAA) afin d'assurer l'équité en santé n'est pas une mince tâche. Par où, même, faut-il commencer ?

Le Réseau régional pour l'équité en santé en Afrique australe (EQUINET) a abordé la chose sous l'angle de l'information. Financé par diverses institutions d'Afrique australe, le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), la Fondation Rockefeller, Oxfam GB ainsi que par le ministère du Développement international du Royaume-Uni, EQUINET s'est donné pour mission de fournir information, données probantes, ressources, capacités, mentorat, analyses de politiques et soutien afin de favoriser l'équité dans les activités en matière de santé menées dans cette région. EQUINET aide également à canaliser l'énergie et la détermination déployées à cet égard en un « cadre unifié et cohérent », affirme la D^{re} Rene Loewenson, coordonnatrice du réseau. Elle a plus d'une corde à son arc; ses travaux touchent aussi bien le dialogue sur les politiques, les activités de recherche, la conception de programmes, la diffusion de l'information, la sensibilisation que le suivi des questions relatives à l'équité en matière de santé.

Réaction aux programmes d'ajustement structurel

La D^{re} Loewenson, qui dirige également le Training and Research Support Centre (TARSC — Centre de formation et d'aide à la recherche) au Zimbabwe, a travaillé pendant dix ans au département de santé communautaire de l'Université du Zimbabwe et durant cinq ans auprès du Zimbabwe Congress of Trades Unions (ZCTU — Congrès des syndicats zimbabwéens) sur les dossiers de la santé des travailleurs et la santé publique. Quoique la phase actuelle du projet EQUINET ait débuté à l'issue de la rencontre sur l'équité en santé qui s'est tenue en 1997, à Kasane, au Botswana, souligne-t-elle, le travail en réseau a commencé bien plus tôt — en 1989-1990 — en réaction aux programmes d'ajustement structurel instaurés en Afrique.

« Nous avons formé dès 1990 un réseau de recherche et de défense de la cause de l'équité en santé, au Zimbabwe, en collaboration avec l'Université du Zimbabwe et le Zimbabwe Congress of Trades Unions », précise la D^{re} Loewenson. Nous avons noué d'étroites relations avec nos collègues du Mozambique, de la Zambie, du Nigéria et de l'Ouganda. Nos activités ont été financées par le CRDI. Le CRDI est d'ailleurs réputé pour avoir établi une solide relation avec le plus vieux réseau d'équité en santé de la planète. »

La D^{re} Loewenson, qui, à cette époque, travaillait avec les syndicats et les communautés urbaines du Zimbabwe dans les domaines de la santé au travail et de la recherche participative, en particulier dans celui des soins de santé primaires, rapporte que l'orientation du réseau initial est restée mal définie pendant un certain temps. Puis, en 1997, le réseau a connu un nouveau souffle lorsqu'un groupe représentatif de divers milieux de l'Afrique australe — des délégués du bureau présidentiel et de celui du premier ministre, des partisans de la santé communautaire et des chercheurs — se sont fermement engagés, lors de la réunion de Kasane, à favoriser l'équité en matière de santé.

Le colloque a décuplé les énergies et certains des participants les plus résolus ont voulu s'assurer que l'engagement qui y a été pris porterait fruit. « Six d'entre nous, représentant diverses institutions de la région — du Botswana, de l'Afrique du Sud, du Zimbabwe, de la Zambie et de la Tanzanie — qui ont assisté au colloque ou en ont entendu parler, se sont réunis par la suite. Nous avons créé ce réseau [...] pour tenter de concrétiser cet engagement, de l'opérationnaliser et de le soutenir, et de tenir responsables ceux et celles qui ont souscrit aux politiques en matière d'équité. »

Une croissante constante

Ce groupe, qui a donné naissance à EQUINET, est devenu un comité directeur réunissant 15 représentants du milieu de la recherche, du gouvernement, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de la société civile. En 1999, il est également devenu collaborateur officiel de la CDAA. Aujourd'hui, le réseau mène de front des activités thématiques et de fond que coordonnent 12 grandes institutions, dont 11 sont situées dans la région. La douzième, du Royaume-Uni, s'occupe des activités sur le Web.

EQUINET a pour objectif de renforcer la capacité des institutions de l'Afrique australe, d'inciter les intervenants à participer au dialogue sur les politiques et à la défense de l'équité en santé, et d'assurer à la région l'assise financière voulue pour la mise en œuvre des projets dans ce domaine. Le réseau compte parmi ses collaborateurs des chercheurs, des décideurs, des conseils communautaires de santé et des ONG.

Sont membres du comité directeur d'EQUINET : Lucy Gilson, Centre for Health Policy, Afrique du Sud; Rene Loewenson, TARSC, Zimbabwe; Leslie London, Université du Cap, Afrique du Sud; Gertrude Machatini, ministère de la Santé, Mozambique; Firoze Manji, Fahamu (R.-U.); Di McIntyre, Université du Cap, Afrique du Sud; Gabriel Mwaluko, Stratégies essentielles contre le sida, Tanzanie; Adamson Muula, Réseau d'équité en santé de Malawi; Abisha Nyanguwo, SATTUC, Botswana; T.J. Ngulube, Chessore Zambia, Zambie; Antoinette Ntuli, Health Systems Trust, Afrique du Sud; G. Ruiters / P. Bond, Projet de services municipaux, Afrique du Sud; Godfrey Woelk, Université du Zimbabwe. Des représentants de la CDAA, du CRDI ainsi que d'autres partenaires sont également invités à assister aux réunions du comité directeur.